

Bibliografía

1. Daly A, Michael P, Johnson EQ, Harrington CC, Patrick S, Bender T. Diabetes white paper: Defining the delivery of nutrition services in Medicare medical nutrition therapy vs Medicare diabetes self-management training programs. *J Am Diet Assoc.* 2009;109:528–39.
2. Boren SA, Fitzner KA, Panhalkar PS, Specker JE. Costs and benefits associated with diabetes education: A review of the literature. *Diabetes Educ.* 2009;35:72–96.
3. Sánchez-Recalde A, Kaski JC. Diabetes mellitus, inflamación y aterosclerosis coronaria: perspectiva actual y futura. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:751–63.
4. Grindon K. What interventions should pharmacists employ to impact health practitioners' prescribing practices? *Ann Pharmacother.* 2006;40:1546–57.
5. Pérez-Cuevas R, Reyes H, Guiscafré H, Juárez-Díaz N, Oviedo M, Flores S. The primary care clinic as a setting for continuing medical education: Program description. *CMAJ.* 2000;163:1295–9.

Sara López Rojo, Laura Redondo Romero, Carmen Fructuoso Miralles y Mariano Leal Hernández*

Centro de Salud Docente de San Andrés, Unidad Docente de MFyC, Murcia, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: arboleja@yahoo.es
 (M. Leal Hernández).

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.020

Fármacos a la basura: ¿nos lo podemos permitir? [☆]

Drugs in the rubbish bin: Can we allow it?

Sr. Director:

Por muy diferentes razones, los pacientes no utilizan una parte importante de los fármacos prescritos. Esta situación genera, por una parte, un importante problema medioambiental¹ ya que sólo se recicla el 30% de los fármacos que no se consumen y, por otra, contribuye al crecimiento constante del gasto farmacéutico, que podría comprometer en un futuro la sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

En nuestro centro de salud disponemos de un cajón donde todos los profesionales depositan fármacos y material sanitario para su posterior reciclado. Nos pareció que sería interesante realizar una valoración del material depositado en éste, con el objetivo de conocer los fármacos y el material que se desechaba y estimar su coste². Con el fin de evitar sesgos, no se advirtió previamente a los profesionales.

Se analizó el material depositado en el cajón durante el mes de febrero de 2008. Se establecieron 3 categorías: fármacos entregados por usuarios, muestras proporcionadas por la industria farmacéutica y material de autoanálisis de glucemia capilar. Se tuvo en cuenta la integridad del envase, la caducidad, el importe y la financiación.

Recogimos 119 elementos, con un valor aproximado de 2.740 euros. Setenta y ocho envases procedían de devoluciones de pacientes (el 47% íntegros y el 56% no caducados), con un valor de 1.444 euros. Aunque sólo 3 envases

perteneían a fármacos de diagnóstico hospitalario, su importe ascendía a 645 euros.

Se depositaron 22 muestras, 18 íntegras y 16 no caducadas. Su valor total ascendía a 208,60 euros, y el grupo de los antihipertensivos era el más gravoso.

De los 13 glucómetros recogidos, 4 no se habían estrenado. Si hacemos referencia a las tiras, 3 de los 4 envases permanecían íntegros y todos ellos habían caducado, y supusieron un coste de 908 y 180 euros, respectivamente.

Los resultados de esta experiencia indican que los productos farmacéuticos desechados suponen un importante coste sanitario. Es necesario profundizar tanto en los motivos de la falta de utilización de los medicamentos como en los cambios de material de autoanálisis. Deberíamos plantearnos también la correcta gestión de las muestras farmacéuticas.

Nos gustaría que esta experiencia, que representa tan sólo la punta de un iceberg (nos da vértigo multiplicar un mes por 12 y un centro de salud por cientos), contribuyera a modificar el comportamiento de los que, de una u otra forma, estamos implicados en que parte de los fármacos prescritos terminen en la basura: médicos, pacientes, farmacéuticos, etc.: este fármaco no lo compro, aunque no me suponga un desembolso directo, porque no lo voy a utilizar; este fármaco no lo prescribo por complacencia.

Como médicos de atención primaria estamos en un lugar privilegiado para transmitir a nuestros pacientes que el uso racional de los medicamentos³ supone un beneficio para todos los ciudadanos, para el medio ambiente y para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

1. Ley 11/1997, de 24 de abril, de Envases y Residuos de Envases. BOE N.º 99, de 25 de abril de 1997.
2. Langley C, Marriot J, Mackridge A, Daniszewski R. An analysis of returned medicines in primary care. *Pharm World Sci.* 2005;27:296–9.

[☆]Trabajo presentado como póster, "Fármacos a la basura: ¿nos lo podemos permitir?", en las XVI Jornadas Galegas de Medicina Familiar y Comunitaria 2009.

3. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE N.º 267, de 7 noviembre de 2007.

María José Modroño Freire*, Juana Romero Pita, María Jesús Sánchez Cougil y María Aurora Expósito Alfonso

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.022

Equipo de Atención Primaria de Mariñamansa, Ourense, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariajose.modrono.freire@sergas.es (M.J. Modroño Freire).

Definición de “dependencia funcional”. Implicaciones para la política sociosanitaria

Definition of “functional dependency”. Implications for health and social policy

Sr. Director:

El reciente artículo de Gené et al¹ sobre la importancia del sector sanitario en la valoración de las prestaciones de la Ley de Dependencia aborda uno de los problemas fundamentales del actual sistema de atención a la dependencia en España. Éste se basa en un modelo restrictivo de atención social frente a un problema sociosanitario y utiliza un concepto de “dependencia” inadecuado para los objetivos propuestos en el sistema. Un breve análisis del desarrollo de los conceptos de “funcionamiento/discapacidad” y de “autonomía/dependencia” en el ámbito de la atención a largo plazo nos permite entender mejor la base del problema que evidencian Gené et al.

En 1998, el Consejo de Europa efectuó una recomendación sobre la atención a las personas en situación de “dependencia”. Ésta se definió como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. En España, este concepto se recogió en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LPAD) de 2006 y en el posterior baremo, el sistema de atención y la base de datos nacional. En este proceso se asumió una equivalencia de 2 modelos de discapacidad muy diferentes: el de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Organización Mundial de la Salud y el de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

De hecho, el concepto de dependencia de la Unión Europea parte del modelo de AVD básicas e instrumentales empleado comúnmente en geriatría² y cuya utilidad en otros colectivos con discapacidad grave es cuestionable. El modelo basado en AVD no guarda relación con el “funcionamiento ambiental” de la CIF³. La Organización Mundial de la Salud⁴, por su parte, no recoge el concepto de “dependencia” y define “autonomía” como la “capacidad percibida de

controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo uno vive su vida cotidiana, de acuerdo con las propias normas y preferencias”, un significado diferente al de la LPAD y que en realidad se refiere a la “autonomía personal”, denominada por la psicología “competencia”, y relacionada con los conceptos de autocontrol, autoeficacia, autodeterminación y “empoderamiento” (proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre sus acciones y decisiones). La definición de “autonomía” en la LPAD no puede considerarse como el equivalente positivo de dependencia funcional.

En realidad la “dependencia” tal y como se desarrolla en la LPAD es un metaconcepto para identificar y clasificar individuos sobre la base de 3 conceptos diferentes e interrelacionados: a) limitación de funcionamiento en la vida diaria; b) necesidad de asistencia, y c) por parte de otra persona (u otras ayudas). Utilizando una aproximación a la nomenclatura del CIF se puede categorizar el metaconcepto “dependencia ambiental funcional relacionada con la salud” como un estado derivado de una condición de salud permanente o de larga duración, que limita hasta tal punto la vida diaria de la persona que ésta necesita para manejarse en su contexto inmediato la ayuda de otras personas u otros apoyos excepcionales.

Desde el año 2000, la conceptualización de la dependencia ha generado un intenso debate en el sector de los servicios sociales en España. Desafortunadamente, el sector de la salud y las instituciones sanitarias han permanecido en gran parte ajenas esta polémica. Esto ha determinado una falta de transferencia de conocimiento que ha afectado al marco conceptual y a la planificación de recursos en el ámbito sociosanitario de la atención a largo plazo de las personas con discapacidad grave. Existe una gran disparidad en los procedimientos de valoración, en los dictámenes y niveles concedidos entre diferentes comunidades autónomas y, sobre todo, en las prestaciones reconocidas.⁵ El desarrollo del sistema de dependencia en España puede constituir un marco interesante para el análisis de las consecuencias de una falta de consenso terminológico, de la importancia de la ontología de salud y sus implicaciones sociosanitarias⁶, así como de la necesidad de la transferencia de conocimiento entre diferentes sectores, participantes y profesionales en el abordaje de entidades complejas⁷.

Bibliografía

1. Gené Badia J, Contel Segura JC, Hidalgo García A, Borràs Santos A, Porta Borges M, Oliver Rius A, et al. Los problemas de salud